

Міністерство освіти та науки України
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical Medicine

**Збірник тез доповідей
IV Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)**

ТОМ 2

Суми
Сумський державний університет
2016

клубочкової фільтрації (КФ), аналіз сечі, ультразвукове дослідження (УЗД). Хворим проводилася двобічна черезшкірна пункційна ігніпунктура. Показання до операції: розмір кіст (поодиноких >6 см, множинних >4 см), артеріальна гіпертензія, хронічний пієлонефрит та ХНН, які не піддаються консервативній терапії.

Результати. Задовільні результати отримані у 16 (94,1%) хворих, яким протягом останніх 4-7 р. ігніпунктура проводилася з інтервалом 1-2 р. Визначені стабільні показники КФ, азотемії, аналізу сечі, АГ, темп росту кіст 1-2 см за рік. У 3 (17,7%) з цих хворих спостерігалася помірне зростання азотемії та зменшення КФ, АГ залишався стабільним, лейкоцитурія відсутня. В 1 (5,9%) хворого результат незадовільний: визначене прогресування азотемії, зменшення КФ, рецидивний перебіг пієлонефриту, темп росту кіст 3-4 см за рік.

Висновки. Своєчасна черезшкірна ігніпунктура з адекватною патогенетичною терапією призводить до стабілізації перебігу ПН. Запізніле оперативне лікування, відсутність патогенетичної терапії, високий темп росту кіст уповільнює розвиток ПН, але не дозволяє поліпшити стан хворого.

КОМПЛЕКСНА ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА ПІДГОТОВКА ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ

Муравський Д. В. – студ.

Науковий керівник – к.мед.н. Кравець О. В.

СумДУ, Медичний інститут,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії

Зростання питомої ваги деструктивних форм хіміорезистентного туберкульозу спонукає до розширеного застосування хірургічних методів лікування, велику роль в ефективності яких відіграє передопераційна підготовка хворого.

Обсяг, характер і тривалість передопераційної підготовки залежає від доопераційного стану хворого, характеру резистентності МБТ.

Підготовка до оперативного лікування передбачала перш за все антибактеріальну терапію. При негативній тенденції стандартних схем хіміотерапії доцільно проводити короткотривалий курс інтенсивної бактерицидної внутрішньовенної терапії (4–6 тижнів). Внутрішньоорганну передопераційну поліхіміотерапію ми розглядали як найбільш раціональний варіант підготовки хворих.

За наявності ендобронхіту І ст. разом із базисною терапією призначалися щоденні інгаляції неспецифічних засобів, інгаляції муко- та бронхолітиків. У хворих на II–III ст. ендобронхіту разом із курсом інгаляцій виконували регулярні щотижневі курси лікувальних фібробронхоскопій із промиванням бронхів різними антисептиками та введенням суміші антибіотиків, протеолітичних ферментів, бронхолітиків і глюкокортикоїдів. Курси інгаляцій були індивідуальні – від декількох тижнів до 1 місяця.

Основними напрямками патогенетичної терапії були імунокорекція, дезінтоксикація, покращення реології крові та мікроциркуляції, корекція метаболічних порушень, бронхо- та муколітична терапія, пригнічення активності вторинної мікрофлори, протизапальна терапія, антиоксидантна терапія, стимуляція репаративних процесів.

До схеми комплексного лікування входили препарати анаболічної дії; стимулятори енергетичного обміну; вітаміни; переливання еритроцитів, плазми свіжозамороженої, альбуміну.

Тренування серцево-судинної системи проводили через фізичні навантаження, застосовуючи систему теренкур.

За 3–4 місяці до оперативного втручання ми застосовували пневмоперитонеум, розробивши для цього відповідні показання та протипоказання.

Застосовувавши наведену систему підготовки, вважали за можливе вдатися до оперативного втручання при позитивній динаміці трьох основних показників: зменшення кількості мокротиння до 15–20 мл за 1 добу, відносної ліквідації ознак ендобронхіту та зменшення інтенсивності бактеріовиділення.

Застосований алгоритм підготовки дозволив покращити результати лікування хворих на деструктивний хіміорезистентний туберкульоз, зменшити післяопераційну летальність.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ У ВАГІТНИХ ЖІНОК

Масалітін І.М., Ваглай Ю.С.

Науковий керівник к.м.н. Калашник Н.В.

Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології

Актуальність. Нашою метою було оцінити особливості перебігу вагітності у жінок з генітальним ендометріозом. На основі статистичного аналізу зарубіжних і вітчизняних джерел інформації про особливості перебігу ендометріозу у вагітних було отримано такі дані: загроза переривання вагітності 6 разів вища у жінок з клінічними проявами захворювання чим у здорових, для хворих жінок вагітних у першій половині вагітності частота загрози переривання вагітності становить 54,%. Передчасні пологи за даними зарубіжних авторів становлять – 20%, аномалії родової діяльності – 21,4%. Порівнюючи ускладнення при пологах у жінок з генітальним ендометріозом у 15% - спостерігається дистресс плода, затримка внутрішньоутробного розвитку плода спостерігається у 30%, асфіксія плода середньо тяжкої форми – 20%, 8,5% - виникала первинна або вторинна слабкість пологової діяльності; за даними вітчизняних авторів 75% - пологи були ускладнені передчасним розривом навколоплідних мембран, а по даних зарубіжних джерел інформації – 30% . У післяпологовому періоді з різною частотою виникали такі ускладнення, як маткова кровотеча у - 5%, загострення хронічної урогенітальної інфекції у вагітних спостерігали у 45,5%, порушення з боку мікрофлори – 30% пацієнток.

У вітчизняних і зарубіжних даних помітно коливається частота виникнення порушень з боку дихальної, серцевої та рухової активності плода; спостерігається передчасне дозрівання плаценти.

Висновки. Виходячи з даного аналізу статистичних даних доцільно говорити про необхідність попереджувати хворих жінок репродуктивного віку і вагітних про досить високу ймовірність виникнення ускладнень, як з боку матері так і дитини.

Є свідчення про те, що після нормальної вагітності ендометріоз зникає у хворих жінок і вони становляться клінічно здоровими, але це не може вважатися вагомим аргументом, щодо продовження вагітності вже хворої жінки знаючи про можливі негативні її наслідки для дитини. Залишаються недостатньо вивченими зміни гормонального фону у вагітних хворих на ендометріоз у патогенезі ускладнень перинатального, інтранатального та постнатального періодів вагітності.

РОЛЬ РАНЬОГО ЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ У ЗМІНІ МІКРОБНОГО СПЕКТРУ ТОНКОЇ КИШКИ ПРИ ГОСТРІЙ СПАЙКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ КИШОК

Кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології Сум ДУ

Микитин В.З. – аспірант, Пак В.Я. – к. мед. н., доцент, Микитин К.В. – студентка 5 курсу

Актуальність. Проаналізовано результати хірургічного лікування 77 хворих на ГСКН, яким виконано інтубацію тонкої кишки за Вангенштіном: у 71 (92,2%) і через цекостому за Шейдом у 6(7,8%). Чоловіків було 46(59,8%), жінок – 31(40,2%), переважали особи працездатного віку від 31 до 60 років, що загалом склало 66,5%. Усіх пацієнтів поділено на дві групи. Першу групу – групу порівняння - склали 47 пацієнтів, яким у післяопераційному періоді не проводили череззондової ентеральної терапії. У 2-гу(основну) групу ввійшло 30 хворих, яким у післяопераційному періоді в комплексне лікування було включено застосування череззондової лікувальної програми.

У пацієнтів двох груп проводилося дослідження мікробного спектра тонкої кишки з метою визначення мікробної контамінації та впливу на неї раннього череззондового ентерального харчування. Матеріал для дослідження забирався інтраопераційно, через 24